

A Participante (los participantes menores de edad no necesitan proveer su correo electrónico ni número de teléfono)

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono en Casa: _____ Celular: _____ de Trabajo: _____



Instrucciones de Renunda: Escriba con letra legible y en tinta o completelo electrónicamente.

Los Participantes adultos deben completar en su totalidad los cuadros A, B & E.

Los tutores de los Participantes menores deben completar la totalidad de los cuadros A, B, C, D & E los participantes acuáticos no deben completar el cuadro D.

B Adulto responsable/contacto de emergencia # 1 (¿La persona nombrada a continuación tiene autorización para hacer cambios en éste registro? Sí No)

Nombre: _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: _____ Celular: _____

de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

C Adulto responsable/contacto de emergencia # 2 (¿La persona nombrada a continuación tiene autorización para hacer cambios en éste registro? Sí No)

Nombre: _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: _____ Celular: _____

de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

D Otros contactos de emergencia diferentes a los ya proveídos, por favor enlistelos en orden de prioridad.

Nombre	Teléfono fijo	Teléfono laboral	Celular	Relación con el Niño	¿Autorizado para retirar al niño?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

E Información Médica y Adicional

- ¿Tiene usted alguna alergia a ciertos alimentos, medicamentos, insectos, plantas etc que usted sepa? Sí No
Si respondió que sí, por favor especifique: _____
- ¿Cualquier enfermedad existente conocida? Sí No
Si respondió que sí, por favor especifique: _____
- Por favor liste cualquier condición física que pudiera restringir sus actividades físicas o que requiriese de cuidado especial para participar en este programa. _____

Sólo para participantes jóvenes y niños

¿El menor enlistado en éste programa requiere tomar medicamentos durante el transcurso de la clase? Nota: el programa debe de excedir una hora en duración. Sí No

Si la respuesta es afirmativa por favor complete "La Forma Designada para Autorización de Medicamentos."

Aviso Sobre las Normas de Calidad

Los programas para niños que el Departamento de Parques y Recreación ofrece y supervisa, requieren que cada participante se inscriba o envíe para poder participar en dichas actividades; las cuales no son bajo licencia del estado pero que se mantienen bajo los estándares de calidad adoptado en el decreto No. 2011 0324-060 de la Ciudad de Austin. Copias del mencionado decreto son disponibles en todos los lugares en los que se ofrecen estas clases.

Autorización para la toma de fotografías

Yo, la persona que firma éste registro, doy mi consentimiento para la toma de fotografías y video durante el curso de éste programa en las locaciones ofrecidas con el propósito de usarlas en materiales promocionales tanto impresos como digitales en la página en internet de la Ciudad de Austin. Las fotografías tomadas pasan a ser propiedad exclusiva del Departamento de Parques y Recreación de la ciudad de Austin. Si elijo lo contrario y no doy autorización para la toma de fotos y videos con el propósito antes mencionado, lo indico mediante mis iniciales proveídas en éste espacio. _____

Pedido de Facilidad de Acceso

La ciudad de Austin cumple con orgullo la Ley de Estadounidenses con discapacidades. Si necesita asistencia para participar en nuestros programas o utilizar nuestras instalaciones, por favor llame al (512) 974-3910.

¿Necesita asistencia? Sí No (Opcional)

Compromiso de Obligación

Con respecto a mi permiso para la participación en las clases y programas registrados, Yo, la persona cuya firma aparece a continuación, acepto mediante la presente el liberar a la Ciudad de Austin ("La Ciudad"), a sus empleados y agentes, de cualquier acción, demanda o reclamo por daños personales o pérdida de los mismos debido a la negligencia que se pudiera presentar por parte de La Ciudad, sus empleados o agentes. En el evento en el que La Ciudad o algún voluntario provea transporte para el alumno registrado en estos programas, también quedan liberados de cualquier obligación. Otorgo mi permiso para administrar tratamiento médico de emergencia, anestesia y hasta cirugía de ser necesario. Yo acepto la responsabilidad de gastos o servicios médicos.

Firma: _____ Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

